



# Rani razvoj djeteta i socijalna pedijatrija

**D**ijete je temelj opstanka i prosperiteta pojedine zajednice i ljudske vrste u cjelini. Djetetovo je zdravlje produkt vrlo složene i dinamične interakcije između nasljeđa i čimbenika iz okoline u kojoj se stvaraju temelji zdravlja odrasle osobe. Međunarodna zajednica priznaje djetetovo pravo na život, rast i razvoj. Tako članak 6. Konvencije o pravima djeteta navodi „1. Države stranke priznaju da svako dijete ima prirodno pravo na život. 2. Države stranke će u najvećoj mogućoj mjeri osigurati opstanak i razvoj djeteta.“ Članak 27. istog dokumenta priznaje djetetovo pravo „na životni standard koji odgovara njegovu tjelesnom, duševnom, duhovnom, moralnom i socijalnom razvoju.“ Prve su godine života od nemjerljivog značenja za razvoj svakog djeteta. To je razdoblje iznimnih mogućnosti, ali i velike osjetljivosti na negativne učinke.

Djeca u koju se ulaže u ranom djetinjstvu, imaju bolji školski uspjeh, bolje zdravlje, više zarađuju u odrasloj dobi, imaju nižu pojavnost kriminalnog ponašanja i više doprinose društvu. Ulaganje u rani razvoj nije trošak, nego investicija koja se višestruko isplati. Relevantne institucije izračunale su da ulaganje u zdravo dijete predstavlja ekonomski najisplativiju investiciju. Povrat uloženog višestruk je, i to veći što je intervencija ranije započela. Tako da bi doista učinkovite intervencije, čini se, trebale započeti još prije rođenja. U prvim godinama života formiraju se temelji kognitivnog razvoja, osobnosti, socijalnog ponašanja i općenite sposobnosti budućeg samostalnog produktivnog života za osobnu i korist cjelokupne zajednice. Suvremena znanost dala nam je neka čvrsta uporišta te dokazano znamo da se mozak najbrže razvija u prvim godinama života. Kada stimulacija, podrška, prehrana i drugi uvjeti nisu odgovarajući, to uvelike djeluje na razvoj mozga. Mozak je biološki programiran da se oblikuje prema socijalnim i drugim stimulacijama. Nepovoljni učinci na razvoj djeteta mogu biti uklonjeni ili umanjeni ranom intervencijom. U svijetu svake godine umire oko 7.6 milijuna djece ispod navršenih pet godina. Procjenjuje se da oko 200 milijuna od onih koji prežive, ne razvije svoj puni potencijal. Posljedice ispaštaju sama djeca, njihove obitelji, ali i cijela zajednica kroz lošije zdravlje, smanjenju produktivnost, povećan

kriminalitet, povišena socijalna davanja. Najveći broj te djece nalazi se u zemljama u razvoju, ali i razvijene zemlje, vrlo često, ne pružaju djeci optimalne uvjete za razvoj. Smrtnost djece, kao najgrublji pokazatelj zdravstvenog stanja djece, u razvijenim je zemljama niska, ali u proteklim godinama povećava se broj bolesti i bolesnih stanja u odrasloj dobi za koje postoje jasni uzroci u najranijem djetinjstvu, trudnoći, a nerijetko i u periodu prije začeća. Mnoga djeca ne razviju svoj puni potencijal zbog širih okolišnih čimbenika, kao što su ekonomski razlozi, zemljopisni smještaj, etničke ili religijske pripadnosti, političke okolnosti, prirodne katastrofe, izloženost raznim okolišnim zagađenjima, obiteljskih problema, bolesti u obitelji, posebice bolesti majke kao što je npr. depresija, zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji, nestimulativnog odgoja, osobnih razloga kao invalidnosti, kronične bolesti, seksualne orijentacije. Nedvojbeno, u navedenim uzrocima ima mnogobrojnih mogućnosti preventivnoga djelovanja.

Prevenција, sprječavanje nastanka bolesti, promatrajući sa stajališta medicine u užemu smislu, etike, ekonomije i sociologije, vrhunski je doseg suvremene medicine. Ocjenjujući javnozdravstveni učinak i značenje, ne postoji klinička disciplina s kojom se može usporediti prema navedenim obilježjima. Nažalost, u desetljećima razvoja tehnicističke usko specijalizirane medicine, preventivna je medicina u kadrovskom, organizacijskom, materijalnom i stručnom smislu izgubila svoju važnost. Usmjeravanjem raspoloživih resursa u razvoj kliničke pedijatrije ulazi se u začarani krug suočavanja s posljedicama izostale ili zakašnjele prevencije. S ekonomskoga stajališta posljedice su također pogubne, s obzirom na to da ne postoji sustav koji može u tako širokom opsegu pružiti visokospecijaliziranu i skupu zaštitu. Problem postaje veći što se nakon razdoblja ovladavanja najtežim zaraznim bolestima, pojavljuju u dramatično povećanoj učestalosti „nove bolesti“ (poremećaji i stanja većinom vezani za psihosocijalnu problematiku, poremećaji prehrane, neurorazvojni poremećaji, šećerna bolest, astma, alergijske bolesti, nesreće i ozljede i dr.), uzrok kojih je vrlo kompleksan. Osim prevencije bolesti, unapređenje zdravlja je izazov pred sadašnjim i budućim generacijama.

Izučavanje zdravlja, čimbenika koji na njega utječu, sve ono čime se bavi salutogeneza, još uvijek je značajno manje zastupljeno u službenoj medicinskoj edukaciji i svakodnevnom životu, nego patogeneza, koja u središtu ima bolest i njene uzroke i tijek.

Primarna zdravstvena zaštita ima zadaću pružiti cjelovitu pomoć bolesniku unutar koje treba naglasiti ulogu preventivnih aktivnosti. Primarna prevencija ima zadaću spriječiti nastanak bolesti te predstavlja najučinkovitiji i najjeftiniji oblik pružanja zdravstvene zaštite. Sekundarna prevencija ima za zadaću rano otkriti nastalu bolest i spriječiti njezin daljnji razvoj. Tercijarna prevencija skrbi se za bolesnike u kojih postoji razvijena bolest; njome se sprečavaju komplikacije, pruža kontinuirana potpora i omogućuje uključivanje u redovite životne aktivnosti. Upravo takva pomoć i povratak bolesnika u svoju životnu sredinu, treba biti osnovni cilj primarne zdravstvene zaštite. Kako odvojeni sustavi ne mogu zadovoljiti njihove potrebe, nužan je dobro organizirani multidisciplinarni (holistički) pristup s čvrstim osloncem na lokalnu zajednicu.

Unatrag pedesetak godina u svijetu su razvijani različiti modeli zdravstvene zaštite koji se baziraju na pružanju što kvalitetnije usluge unutar lokalne zajednice. Povijesno gledano najveći je iskorak učinjen uspostavom patронаžne službe medicinskih sestara te njezina organizacija po teritorijalnom principu. Kako bi se smanjili troškovi zdravstvene zaštite s jedne strane, i obuhvatio dio populacije koja nema zdravstveno osiguranje (napose izražen problem u SAD-u) (1), stvaraju se komunalni centri za zdravstvenu zaštitu. Učinkovitost, dostupnost i jeftinoća temeljna su obilježja ovih sustava koji nastaju u svim dijelovima svijeta. Skandinavski, engleski, istočnoeuropski, američki te neki azijski modeli razvijaju doktrinu zdravstvene zaštite koja se bazira na lokalnoj zajednici. Američko pedijatrijsko društvo je 1991. i 1993. godine objavilo proklamaciju za pedijatre kojom se naglašava važnost zajednice u zdravstvenoj zaštiti djece. Dotadašnji model rada pedijatra (rad u ordinaciji) nije zbrinjavao na odgovarajući način porast ozljeđivanja (namjernih i akcidentalnih), zlorabu alkohola i opojnih droga i bolesti ovisnosti, poremećaje u ponašanju i razvoju djece, poremećaje u funkcioniranju obitelji,



spolno prenosive bolesti, neplanirane trudnoće i visoki dojenački mortalitet. U proklamaciji se navodi da „se zdravlju djeteta mora pristupiti u okvirima biološkog, obiteljskog i komunalnog aspekta“. Tada Američko pedijatrijsko društvo u suradnji sa Sveučilištem John Hopkins započinje CATCH program (Community Access to Child Health Program). Na taj je način zaživio program koji je još 1986. godine proklamirao Haggarty: „Pedijatar je potreban svoj djeci u zajednici, bez razlike je li riječ o djeci koja dolaze zatražiti pomoć zdravstvenog sustava ili ne.“

Nakon II. svjetskog rata Hrvatska je imala mali broj pedijatara i vrlo visoku smrtnost dojenčadi (1953. godine 123 ‰). U takvoj situaciji prihvaća se koncept Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a o potrebi za specifičnom zdravstvenom zaštitom majki i djece preko posebno organizirane službe s jednim piramidalnim modelom dispanzera za primarnu zdravstvenu zaštitu majki i djece, dalje razvijanje intermedijarnih centara koji pružaju i hospitalno zbrinjavanje bolesne djece, ali povezuju i rad primarne zdravstvene zaštite djece te formiranje Republičkog centra sa zadatkom koordinacije, edukacije kadrova i evaluacije zdravstvene zaštite majki i djece. Za takav način rada u dispanzerima provodi se posebna edukacija liječnika opće medicine za rad s djecom, prvo kroz 6 mjesecne tečajeve socijalne pedijatrije, a zatim kroz dvosemestralne poslijediplomske

tečajeve za zdravstvenu zaštitu majki i djece. Prvi takvi poslijediplomski studiji socijalne pedijatrije počinju s radom 1954. godine i to je jedan od prva 4 poslijediplomska studija na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Mnogi od tako educiranih liječnika nastavljaju s daljnjom edukacijom i specijalizacijom iz pedijatrije. Koncept edukacije i rada u dispanzerima temeljio se na dispanzerskoj metodi rada (francuska riječ *dispendere* = širiti), što podrazumijeva aktivni pristup prema populaciji, prije svega preventivno orijentirana služba. Kroz nešto više od jednog stoljeća hrvatska pedijatrija bila je snažno preventivno i socijalno orijentirana i na taj je način slijedila najnaprednije svjetske trendove. Kako je zadnja dva desetljeća u hrvatskoj pedijatriji naglasak stavljen na tehnološku i kurativnu pedijatriju, pokazala se potreba za stvaranjem novog preventivnog i socijalnog koncepta. Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju izradilo je program uže specijalizacije iz pedijatrije pod nazivom „Preventivni i socijalni aspekti pedijatrije“, koji treba otvoriti novu stranicu kontinuirane i institucionalizirane edukacije pedijatara orijentiranih prema osiguravanju fizičkog, psihičkog i socijalnog zdravlja djece. Riječ je o programu koji, iako predstavlja užu specijalizaciju, promovira sveobuhvatni koncept unapređenja i očuvanja zdravlja djece bez kojega nije moguće odgovoriti na suvremene potrebe djece u zdravstvenoj

skrbi. S obzirom na negativne demografske pokazatelje važnost osiguravanja najbolje moguće zdravstvene skrbi za djecu dobiva još više na značenju. Taj užu specijalist iz preventivne i socijalne pedijatrije upravo bi trebao biti onaj koji u suradnji s drugim medicinskim disciplinama, ali i ostalim strukama, koordinira rad, oblikuje, sudjeluje u provođenju i evaluaciji programa za djecu, posebice u lokalnim sredinama.

Trenutno u Hrvatskoj imamo oko 280 pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Navedeni je broj nedostatan te se procjenjuje da oko 25% djece predškolske dobi nema svog pedijatra. Najnovije projekcije odlazaka u mirovinu u razdoblju 2016.-2021. Hrvatske liječničke komore govore da ćemo ostati bez 84 pedijatara (a u narednih 10 godina bez 148 pedijatara). Prema praćenju iz proteklih 20 godina može se očekivati povećanje ovih brojki za oko 15% zbog prijevremenog umirovljenja (bolest ili drugi razlozi) te umiranja. Istovremeno, na razini Ministarstva zdravstva, nema planiranih novih specijalizacija koje traju 5 godina. Zbog nedostatnog broja primarnih pedijatara oni, u najvećem broju, nisu dovoljno uključeni u zajednicu u kojoj djeluju, već se njihov rad svodi na individualni rad s pacijentima za koje je tražena pomoć. Kako bi se sačuvao dosegnuti zdravstveni standard za djecu i unaprijedio rad primarnih pedijatara, uz podršku i razumijevanje problema od strane Ministarstva zdravstva, nužno je da lokalna zajednica preuzme aktivnu ulogu u planiranju i realizaciji novih natječaja za specijalizacije. Uloga lokalne zajednice i ljudi koji žive u neposrednom okruženju bolesnika, u pružanju pomoći najugroženijem dijelu populacije u našoj je sredini nedostatna. Ipak, svijetli primjeri akcija „Zdravi grad“, „Zdrave županije“ i „Gradovi i općine prijatelji djece“ predstavljaju u našoj sredini jedan od najznačajnijih socijalno-preventivnih programa koji vrlo jasno pokazuju kako lokalna zajednica u suradnji sa različitim strukama može osigurati optimalne uvjete za rast i razvoj djece, i kako se intervencije mogu prilagoditi lokalnim specifičnim potrebama i mogućnostima.



Prof. dr. sc. Aida Mujkić  
amujkic@snz.hr

Prof. dr. sc. Milivoj Jovančević